QUESTIONS

TIRÉES AU SORT.

N° ~~31.~~ 28.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELS SONT LES CARACTÈRES ANATOMIQUES, LES SIGNES ET LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR SUR L'OS DES ILES.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DE LA NUTRITION DES PLANTES ET PLUS SPÉCIALEMENT DU RÔLE QUE LES RACINES JOUENT DANS L'ACCOMPLISSEMENT DE CETTE FONCTION.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DES MUSCLES QUI SERVENT A LA DILATATION DE LA POITRINE.

SCIENCES MÉDICALES.

DES SYMPTÔMES DE L'HYPOCONDRIE.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 2 avril 1841,

PAR CORVIN A OLSZEWO **OLSZEWSKI,**

Alphonse-Jean-Nepomucin-François,

né à Beréscie (Pologne);

Licencié en droit de l'Université de Pologne; Sous-lieutenant de l'armée nationale polonaise de 1830; Elève de l'école pratique d'anatomie et d'opérations Chirurgicales de Montpellier; Chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de la même ville; troisième Lauréat du Concours des prix des Sciences accessoires, année 1837; Elève particulier du professeur Dubrueil, etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

Imprimerie de X. JULLIEN, Place Marché aux Fleurs, 2.

1841.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND,	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeut. et Matière médic.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH	*Pathologie médicale*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
J.-E BÉRARD.	*Chimie génér. et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Président.	*Pathologie et Thérapeut. gén.*
ESTOR, *Examinateur.*	*Opération et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Auguste Pyramus de CANDOLE, professeur honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.	MM.
BATIGNE.	POUJOL.
BERTIN.	TRINQUIER.
DELMAS fils.	LESCELLIERE-LAFOSSE, *Ex.*
VAILHÉ.	FRANC,
BROUSSONNET, fils.	JALLAGUIER.
TOUCHY.	BORIES.
VIGUIER.	BERTRAND.
JAUMES, *Examinateur.*	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises ans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Messieurs

LES PROFESSEURS

ET

AGRÉGÉS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Exilé de ma patrie, je me félicite d'avoir été jeté par un heureux hazard dans la seconde ville d'Hippocrate, et plus encore, d'avoir pu y profiter des savantes leçons d'hommes si justement célèbres. La reconnaissance, pour être divine, devrait avoir toujours en elle-même le moyen de satisfaire l'élan d'un cœur généreux.

A. OLSZEWSKI.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les caractères anatomiques, les signes, et le traitement des luxations congénitales du fémur sur l'os des Iles.

—

Étant d'abord dans l'intention de traiter ce sujet avec toute l'étendue qu'il pourrait comporter, nous nous étions livrés depuis longtemps à des recherches considérables; et il n'était pas un auteur, qui se fût occupé de cette matière, dont nous n'eussions consulté, et analysé les ouvrages. Mais des circonstances indépendantes, de notre volonté, nous obligent à restreindre, dans les bornes les plus étroites, les matériaux que nous avons rassemblés, et à nous renfermer dans les limites d'une dissertation ordinaire. Suivant donc le plan qui nous est tracé par l'exposé de notre question, nous allons traiter : 1° des caractères anatomiques de la luxation congénitale du fémur sur l'os iliaque; 2° des signes de cette maladie; 3° enfin, du traitement qu'elle réclame.

CHAPITRE PREMIER.

Des caractères anatomiques de la luxation de la hanche

Pour établir avec exactitude les caractères matériels de cette luxation, nous devons examiner l'état des diverses parties qui les composent, d'une manière séparée, et ensuite de toutes les parties dans leur ensemble. Selon cet ordre, il nous faut étudier les deux os qui composent la hanche, la capsule fibreuse, les muscles pelvi-trochantériens, etc.

D'après les recherches de Palletta dont les travaux ont servi de guide à la plupart des écrivains de nos jours, l'os iliaque offre une augmentation de volume et une résistance plus grande. L'épaisseur de l'os iléum est accrue, surtout quand on considère le bassin d'un enfant ainsi mal formé. Delpech a remarqué que le retrait de la cavité cotyloïde dans le sens transversal, vicie le bassin dans cette direction. La moitié correspondante du bassin se trouve plus ou moins déviée, lorsque la maladie existe d'un côté seulement. Souvent le détroit supérieur est rétréci, alors que l'inférieur se trouve agrandi. On voit aussi la fosse iliaque présenter un renflement en dedans, tandis que normalement elle offre une dépression, ou cavité. En certain cas, d'après le professeur Cruveilher, les ischions sont tellement rapprochés qu'ils sont presque en contact et se trouvent réunis par une sorte de ligament, et alors la vulve et l'anus n'existent pas. Lorsque le détroit supérieur est

peu rétréci, l'inférieur étant plus ample, permet à l'accouchement de se faire avec plus de facilité. Le professeur Baumes, d'après les idées de Camper, rapporte que les muscles sous pubio-trochantériens internes «(obturateurs internes) » évasant peu à peu extérieurement l'os ischion, augmentent l'angle des os pubis et diminuent ainsi la profondeur du bassin ; par où l'on peut expliquer la facilité d'accoucher qu'ont les femmes, lorsqu'elles boitent des deux jambes. »

En certains cas, on remarque que le bord cotyloïdien a été en quelque sorte usé, ainsi que le cartilage des sourcils articulaires, et permet à la tête fémorale de se placer dans cette dépression, et de former des luxations incomplètes sur les points de jonction des trois os qui concourent chez le fœtus à former la cavité cotyloïde. Tantôt on observe un arrêt de développement des trois os primitifs de l'os des iles; et enfin la persistance des tissus fibro-cartilagineux qui unissent ces trois élémens de l'os iliaque, comme nous l'avons remarqué sur un bassin dont nous sommes redevable à l'amitié du docteur Philippe Martin de Montpellier. (1)

Dans le lieu occupé par la cavité cotyloïde normale, on ne trouve plus un *acetabulum* bien formé, mais, au contraire, un enfoncement plus ou moins considérable de forme ordinairement triangulaire. L'existence de

---

(1) Arrêt de développement par manque des dispositions normales des vaisseaux de nutrition, tant de l'os des iles que du fémur, notés par Serres de l'institut, Delpech, etc.

cette cavité ancienne quoique difforme, est un fait capital sur lequel Humbert de Morlay a attiré avec juste raison l'attention des praticiens de nos jours, qui après lui en ont constaté la réalité dans tous les cas. Au fond de cet *acetabulum*, on rencontre du tissu cellulaire plus ou moins infiltré de sérosité, de graisse ou d'une sorte de fongus, et parfois des traces peu sensibles de fibres ligamenteuses. Cette cavité cotyloïde se dirige par son sommet dans la fosse iliaque où l'on voit une nouvelle cavité qui a une ressemblance, souvent assez marquée, avec celle qu'elle est destinée à remplacer.

Au tiers inférieur de la fosse iliaque externe, parfois même au centre de cette partie, se présente une dépression dont la profondeur peut avoir quelques centimètres; sa forme est arrondie; ordinairement elle est plus grande que semble le demander la tête du fémur; elle est limitée par des bords saillants, inégaux, très-résistants, de véritables osteïtes, et qui sont formés d'un suc osseux (phosphate de chaux) répandu sur ces bords, (comme le suc épais d'un arbre qui le produit.) La surface de la nouvelle cavité cotyloïde peut être lisse, unie, comme recouverte de cartilages; mais de vrais cartilages ne s'y rencontrent point; plus souvent l'os y semble éburné, blanchâtre, inégal. On n'y voit point de dépression secondaire qui, simulant l'arrière-fond du cotyle normal, donne insertion à des fibres ligamenteuses rappelant le ligament inter-articulaire.

Le fémur a subi diverses altérations aussi remarquables que celles de l'os coxal : son axe est plus ou moins

vrié, son col est beaucoup diminué d'étendue à tel point que la tête semble appliquée contre lui et l'envelopper complétement de ses bord étalés, et tuberculeux, assez semblables au chapeau d'un champignon; la tête fémorale est ordinairement aplatie, ses dimensions en largeur sont accrues, mais sa hauteur a beaucoup diminué; sa surface est très-sillonnée d'enfoncemens sinueux et hérissés de saillies osseuses variables, sur lesquelles on ne remarque pas de cartilages, mais des plaques blanches, dures comme de l'ivoire. Chez les sujets adultes ainsi conformés, la tête du fémur a été parfois hypertrophiée par l'effet d'une dilatation cellulaire selon Palletta; d'autrefois le grand trochanter était comme hanté sur la tête fémorale, et le col manquait entièrement; il y a parfois chez l'enfant nouveau-né le diastasis ou rupture complète du col, et de la tête fibro-chondroïdale.

Le grand trochanter a aussi éprouvé une sorte de séparation, ou il a été totalement déformé. Le petit trochanter a lui-même éprouvé une déformation prononcée, une sorte d'usure par suite du frottement continuel contre l'os iliaque et principalement sur les faces déprimées, qui conduisent de la cavité cotyloïde normale à celle de nouvelle formation. D'autres fois il a été contourné sur lui-même, dans le cas qu'il fût trop tiraillé par la brièveté des muscles qui s'attachent à lui.

Enfin nous dirons qu'en certains cas la tête du fémur, au lieu d'être élargie, a perdu de son étendue en tous les sens, et se trouve reduite à une espèce de tubercule

de forme allongée, ou styloïde chez quelques individus. La tête du fémur, ainsi mal conformée, peut occuper l'échancrure sciatique, le trou ovale, la branche montante du pubis, en échappant par trois dépressions chez les jeunes enfants, qui se conjuguent par des lois d'ossifications pour reconstituer *l'acetabulum* de l'os des iles ; luxée de cette sorte, elle comprime les nerfs et les vaisseaux correspondants, selon les observations de MM. Pravaz, Sedillot, Gerdy, Caffort, etc; et entraîne l'atrophie des membres.

L'ancienne capsule fibreuse est souvent difficile à reconnaître au milieu de tissus si altérés; cependant on constate des débris de cette membrane, bonne surtout quand la tête fémorale, au lieu de se trouver logée dans la fosse iliaque même, est placée sur le rebord de l'ancien *acetabulum*, plus ou moins près de l'épine iliaque antéro-supérieure. En cette circonstance, on rencontre autour du col du fémur des lambeaux déchirés de la capsule fibreuse qui s'attache au pourtour de la cavité cotyloïde de première formation. Cette disposition remarquable rend compte du peu de déplacement du fémur retenu par ses attaches primitives à son ancien cotyle. Mais quelquefois une telle organisation ne se rencontre pas et alors la nouvelle articulation est placée dans la fosse iliaque externe. Alors il existe une capsule résistante, fibreuse, très-étendue, très-lâche, et d'autant plus que la luxation a eu lieu plus haut, et que l'ascension de la tête du fémur est plus considérable. Le professeur Cruveilher fait remarquer que, dans la luxa-

tion de la hanche, comme après celle de l'épaule, ainsi que l'avait déjà signalé Desault, la capsule fibreuse a été déchirée seulement dans une étendue suffisante pour donner passage à la tête fémorale. La capsule, venant à se resserrer, étrangle le col fémoral et forme ainsi à la réduction de la luxation un obstacle d'autant plus puissant que l'accident est plus ancien, et la crête ou le bourrelet des fibres plus fort.

En disséquant les muscles fessiers, on ne tarde pas à reconnaître que le petit fessier a fourni la plupart des élémens de cette capsule nouvelle. On y retrouve en effet ses fibres avec leur direction à-peu-près normale, leur terminaison ordinaire aux attaches tendineuses du même muscle ; enfin des impressions sur la ligne courbe inférieure des os des iles. La seule différence offerte par ce faisceau musculeux réside dans la couleur et la densité de son tissu, dont les caractères sont ceux des capsules articulaires normales. Toutefois on n'y rencontre pas, comme à la capsule iléo-fémorale de première formation, des prolongements fibreux autour du col du fémur. Nous devons noter, en terminant l'examen des tissus ligamenteux, que le *facia lata* et l'aponévrose fessière opposent à la tête, quand les fibres des muscles petit, et moyen fessier sont lacérées, une grande résistance à perforer la peau qui se trouve très-amincie dans l'endroit de la pression.

De plus nous observâmes l'existence parfois très-évidente du cordon inter-articulaire. Palletta en effet a constaté la présence de ce cordon allongé et tiraillé d'au-

tant plus que le déplacement était plus grand et que l'abaissement du membre se trouvait plus facile. D'après les observations de MM. Brodie et Humbert, ce ligament a été rompu dans une des racines inférieures de sa bifurcation; mais nous devons aussi remarquer avec Portal que ce cordon fibreux n'existe pas normalement chez certains sujets d'ailleurs bien conformés ; anomalie que nous pûmes constater par nos propres dissections.

Tels sont en resumé les caractères anatomiques de la luxation congénitale du fémur, au moment que l'individu est arrivé à sa complète conformation, et que l'ossification de la hanche, qui est une des tardives selon Bichat, est achevée, avec les légères variations que nous signalâmes ci-dessus au moment de la naissance, et pendant la vie intra-utérine.

Nous devons joindre toutefois la présence d'une nouvelle capsule synoviale plus ou moins bien distincte, fournissant une abondante synovie, ainsi que l'allongement et l'aplatissement des muscles pelvi-trochantériens; de plus, nous eûmes la bonne fortune de disséquer un sujet chez qui nous trouvâmes la disjonction du parallélisme des fibres des muscles moyen, et grand fessier, vis-à-vis l'appui de l'extrémité supérieure du fémur, qui jouait très-librement dans sa capsule très-distendue, faiblement retenue par le ligament rond, très-aminci et fort long, qui permettait à la tête de se placer sur les différents points usés du sourcil cotyloïdien. Chez d'autres nous observâmes le manque complet des muscles jumeaux, pyramidal, carré cru-

ral, et à peine quelques traces des fibres de l'obturateur interne, coexistant avec brièveté des muscles psoas, iliaque et pectiné, noté par Delpech et Trinquier. Les muscles fessiers selon Vieg-d'Azyr, Baumes et Delpech, passent à l'état lardacé, fibro-cartilagineux, ou à la dégénérescence suiffeuse, l'atrophie des muscles, et de l'os fémoral, (1) remarquées par Hippocrate (sect. VI, *de artic.*).

De plus la membrane médullaire, et les cellules qui la contiennent, à la tête, le col, et au corps du fémur, suivant les recherches minutieuses de notre excellent maître, le professeur d'anatomie de Montpellier, sont très-rarifiées; ces vaisseaux, et les nerfs enveloppés par le périoste, tant l'extérieur que l'intérieur, qui le protège, (vaisseaux des trois origines différentes qui portent leur contingent de nutrition) sont souvent malades et ne charrient, ni ne déposent plus de phosphate de chaux, se réduisent à un volume moindre, manquent complétement, ou s'hypertrophient. Aussi nous pûmes voir que le squelette de l'individu atteint d'une luxation congénitale, comme rapporte M. Lobstein dans son anatomie

---

(1) Atrophie des muscles et difformités du système osseux par manque d'innervation de l'axe cérébro-spinal malade, nouvellement étudiées par M. J. Guerin; quoique Bassio, Camper, Morgani, Bonet, Gall, Shawe, Sandifort et notre savant professeur Lallemand en ont parlé bien avant lui, ainsi que de la disparition complète des os, par une absorption trop forte du phosphate de chaux par des vaisseaux lymphatiques, notée par Lobstein.

pathologique, laissait suinter une matière grasse, oléagineuse; les feuillets externes osseux s'amincissent; chez d'autres s'éburnent, s'atrophient, ou même disparaissent complétement avec leur périchondre, et les fibro-cartilages. L'on peut s'apercevoir par cet exposé qu'il y a peu de différence entre la luxation congénitale, et la luxation accidentelle, si ce n'est dans les désordres organiques qui suivent moins souvent cette dernière, qui aussi est rarement accompagnée d'ankylose.

Nous pouvions justifier ces résultats anatomo-pathologiques par des considérations sur les causes des diverses luxations de la hanche, si cette partie de l'histoire de ces sortes de maladies, nous avait été demandée (1).

---

(1) Par anticipation nous mentionnons que de nombreuses dissections nous permirent de vérifier, comme vraies, les investigations faites par MM. Shawe, Magendie, Bégin, Guérin, etc, que le squelette des individus offraient les difformités osseuses qui présentent la plus part des caractères du Rachitis, maladie que le très-instruit orthopédiste de Paris, dit avoir produite à volonté sur les animaux, maladie à laquelle M. Bégin, dans son ouvrage de physiologie-pathologique, a refusé depuis long-temps le titre de dyathèse de ce nom.

Un cadavre disséqué par nous mêmes avec une grande attention à Nismes, l'année dernière, (1) nous a présenté les lésions suivantes : le canal rachidien était rempli par un tissu anormal, graisseux, fongoïde, situé entre les membranes de la dure-mère, et l'arachnoïde épinière, d'un couleur jaune, facile à déchi-

(1) La possession de laquelle nous devons à l'obligeance de M. Gireaux, chirurgien interne en chef de l'hôpital de cette ville.

Toutefois nous invoquerons à cet égard l'autorité du professeur Cruveilher. « Existe-t-il des différences notables entre les unes, et les autres sous le point de vue de l'anatomie pathologique ? dit cet auteur (anatomie pathologique, livre 27). Il m'est permis d'en douter jusqu'à ce que des faits positifs aient établi le contraire. Une nouvelle articulation congénitale du fémur est en effet, accidentelle, par rapport à la vie intra-utérine, c'est-à-dire qu'elle aura forcé la tête du fémur à abandonner la cavité cotyloïdienne, et pourra être la suite d'une attitude vicieuse du fœtus, d'une pression exercée sur le fœtus ; n'en est pas moins, une violence extérieure, etc. »

---

rer, à droite seulement, vis-à-vis d'une cambrure latérale de l'épine. Cette masse morbide comprimait la moëlle épinière dans l'étendue de quatre pouces, c'est-à-dire depuis la sizième vertèbre du dos, jusqu'à la neuvième inclusivement, de la même région. Les deux origines des nerfs thoraciques étaient confondues ensemble, entourées de toute part, de ce produit pathologique, jusqu'à leur sortie des trous de conjugaison, altération dont aucun auteur, à notre connaissance, n'a parlé, et qui nous semble jouer un grande rôle dans l'étude des causes, du diagnostic, et du traitement des difformités, et des luxations que nous supposons avoir été congéniales et que présentait le même sujet au côté gauche, avec d'autres mal-formations des extrémités inférieures, suite d'une paralysie par manque d'innervation du système musculaire, et du ramollissement des os. Cette pièce rare sous le rapport de l'anatomie pathologique, se trouve déposée dans le riche cabinet de notre bienveillant maître le professeur Dubrueil, qui a bien voulu l'accepter comme gage de notre attachement et de notre reconnaissance.

Après avoir ainsi exposé l'opinion des auteurs de nos jours, et décrit les pièces qu'ils considèrent comme offrant le type des caractères des luxations congénitales de la hanche, nous devons faire connaître ce que des recherches particulières, poursuivies pendant longtemps nous ont appris.

Le professeur Dubrueil a eu l'extrême bonté de nous montrer un fœtus de sept mois qui était atteint d'une maladie de la hanche. A l'examen extérieur de la pièce qui se trouve déposée par M. le Prosecteur Vergès, nous diagnostiquâmes un aplatissement de la tête fémorale, au lieu d'une luxation consécutive ou spontanée de cette partie, qui ne simulait pas mal la luxation congénitale, infirmité qui aurait eu lieu plus tard, parce qu'en disséquant le sujet du sexe féminin, nous notâmes des altérations pareilles, que nous avons exposées, déjà plus haut, c'est-à-dire le raccourcissement des muscles fessiers, leur passage à l'état lardacé, la pâleur de leurs fibres; manque complet des muscles jumeaux, pyramidal et carré de la cuisse; atrophie du couturier et du droit antérieur; déjetement de la rotule sur le condyle interne; manque de la portion courte du biceps fémoral, et atrophie du demi-tendineux, et du grêle interne; une anomalie très-marquante dans la distribution de l'artère crurale, profonde, circonflexe, obturatrice et fessière; une mollesse excessive du névrilème du nerf sciatique, son aplatissement sur la tubérosité du même nom; manque des plusieurs filets nerveux qui aboutissent avec les artères aux muscles atrophiés, ainsi

qu'une distribution anormale de la branche crurale du saphène externe et interne; calibre énorme des parois des veines du même nom, une hypertrophie des ganglions lymphatiques de l'aine; exubérance du tissu adipeux, de la peau, raccourcissement du col fémoral, aplatissement de la tête fibro-chondroïde; évasement de la cavité cotyloïde; une extension trop grande de la capsule fibreuse de l'articulation; contorsion du corps du fémur de dehors en dedans, ainsi que de la jambe; état lardacé de tous les muscles tant de la région antérieure, postérieure, que de la latérale; brièveté des jumeaux et soléaire, ainsi que du long fléchisseur du pouce, occasionnant le renversement du pied en dehors, dénommés par Scarpa, *vari;* atrophie des muscles plantaire et pédieux, distribution anormale du système sanguin et nerveux plongé dans un tissu inextricable; de la graisse jaune presque fluide; déformation du tarse et du métatarse encore à l'état fibro-cartilagineux; un hydro-rachis de l'épine, cicatrices guéries au front. Nous noterons que la difformité se trouvait au côté droit seulement, ce qui nous permit de bien nous assurer des différences de cet état morbide avec l'état normal. Nous rappelons ce fait, parce qu'il doit nous servir dans le diagnostic différentiel que nous aurons à faire plus tard.

En lisant les *Exercitationes Pathologicæ* de Palletta, (1) on remarque le passage suivant, dont nous donnons

(1) Nous renvoyons le lecteur à notre traduction de l'article

ici une analyse : Chez un enfant de quinze jours, le professeur de Milan trouva la cavité cotyloïde remplie d'une masse graisseuse qui empêchait la tête de s'y loger, et la retenait en dehors et en arrière. Le sourcil cotyloïdien était bordé en dedans par une expansion pathologique fort large du ligament capsulaire qui l'ascendait avec ce dernier, dont la capacité était plus considérable que ne le comportait ordinairement la hanche. Cette capsule se trouvait ouverte en arrière, point sur lequel se voyait la tête fémorale. Celle-ci était attachée à son sommet par le ligament intra-articulaire, dont la longueur beaucoup augmentée laissait au fémur une grande liberté. Il n'existait aucune nouvelle cavité dans la fosse iliaque, ni sur aucun point de l'os coxal. Enfin la tête fémorale était sphérique arrondie, et ne présentait pas d'altération bien manifeste.

Ce cas offre une disposition peu commune de l'articulation iléo-fémorale; il nous semble indiquer dans l'altération de la capsule articulaire et l'accumulation de la graisse dans la cavité cotyloïde, une cause frappante des luxations congénitales du fémur, et l'allongement du cordon rond, l'ouverture postérieure de la capsule fibreuse comme secondaire à cette lésion originaire.

Le batteleur décrit par le professeur Dumas, appelé *phocomèle* par J. G. St.-Hillaire, paraît offrir une autre raison des luxations congénitales au point de vue qui

---

de luxationes congienitæ femoris, publié par nous dans une petite brochure, en vente chez Castel, libraire de Montpellier.

nous occupe aujourd'hui; c'est-à-dire des caractères anatomiques. On peut voir au conservatoire de la faculté, avec tant d'autres pièces relatives à notre sujet, que M. Jaumes (1) nous permit si souvent de manier, que le squelette de cet individu ne présente pas de cavité cotyloïde gauche; le membre abdominal de ce côté était reduit à un moignon très-petit dans lequel se trouvait une sorte de tubérosité osseuse, reste de tout le squelette de cette extrémité.

Les faits dont nous venons de parler nous semblent montrer des lésions articulaires autres que celles que nos écrivains contemporains admettent. Ils prouvent que les changements décrits par les professeurs Dupuytren et Cruveilher entre autres, ne sont peut-être que consécutifs à ceux signalés par Palletta.

CHAPITRE SECOND.

Des signes des luxations congénitales du fémur sur l'os des iles.

En examinant un sujet atteint d'une luxation congénitale de la hanche, on s'aperçoit bientôt de son atti-

---

(1) Il m'est doux de témoigner publiquement mon profond respect et ma vive reconnaissance à M. Jaumes, professeur agrégé de la faculté de Montpellier, conservateur du muséum anatomique de l'école de médecine; il a daigné diriger et faciliter mes premiers pas dans les études de cette science si difficile et si vaste; sans ce généreux ami peut-être je n'aurais pas pu franchir toutes les entraves qu'elle présentait.

tude singulière et tout-à-fait tranchée. L'extrémité supérieure du tronc est fortement portée en arrière, le rachis est très-incurvé de manière à offrir une cambrure très-prononcée ou une forte dépression dans la région des lombes. Par contre, le ventre est poussé en avant et rendu saillant, et semble avoir des dimensions exagérées. Les membres inférieurs ne réposent pas complétement sur le sol, mais surtout sur leurs extrémités digitales ; les genoux sont plus ou moins fléchis, enfin les bras sont portés un peu en arrière et les mains en avant. Si vous joignez à ces caractères généraux, la direction de la tête plutôt vers le haut, vous sentirez toute la justesse de cette comparaison expressive de Delpech qui rapprochait l'attitude de ces individus de celle d'un chien se tenant sur ces pattes de derrière.

La démarche de tels malades n'est pas moins remarquable, spécialement quand ils ont une double luxation de la hanche. Alors le déplacement du membre se fait d'une manière fort oblique; le siége s'incline fortement sur l'extrémité qui va servir de point d'appui, et exécuter sur le support une sorte de mouvement de torsion qui a pour but de détacher l'autre pied du sol. Ce déplacement se fait avec un assez grand effort, ce qui détermine dans la moitié du corps mise ainsi en mouvement une action fort étendue. Cet effet est encore augmenté, par les changemens que la tête du fémur éprouve dans le membre qui sert au premier pas de base de sustentation. Cette tête osseuse, remontant en effet jusqu'à la cavité de nouvelle formation par suite de

la pression que tout le corps exerce sur le bassin, rend le membre plus court de toute l'étendue du déplacement. Aussi le corps s'incline-t-il fortement de ce côté, ce qui explique la difficulté de détacher les pieds de la terre. Lorsqu'un membre est placé ainsi en avant de l'autre, il devient un nouveau point d'appui sur lequel celui-ci opère son mouvement comme le premier avec toutes les mêmes circonstances. Si l'on se figure ces abaissements alternatifs de chaque moitié du corps l'une sur l'autre, on verra que l'individu exécute une série de balancements latéraux qui ressemblent assez bien à la marche des canards, comparaison sur laquelle Dupuytren insistait souvent. Ces phénomènes sont d'autant plus marqués que la démarche est moins précipitée, et qu'elle se fait à pas comptés, comme on le dit vulgairement.

Une disposition contraire s'observe pendant la course: alors l'on ne voit plus ces balancements des deux moitiés du corps, ces allongements alternatifs des membres pelviens, cette torsion du tronc sur la colonne lombaire. L'allure de l'individu paraît plus normale et l'on se tromperait souvent si l'on voulait juger de l'état de la hanche par ce que l'on remarque seulement dans la course du malade. On s'explique du reste assez facilement ces modifications physiologiques par la résistance qu'opposaient les muscles, les moteurs de la cuisse, l'aponévrose facia-lata, et fessière, à l'ascension de la tête fémorale : plus contractés, plus durs, et en quelque sorte plus solides, les muscles pelvi-trochantériens de-

viennent avec l'aponévrose des points d'appui presque immobiles contre lesquels la tête du fémur et l'extrémité supérieure de cet os vient arcbouter, et où elle se trouve arrêtée, avec une puissance supérieure à celle du poids du tronc lui-même. De là, le moindre déplacement et le moindre raccourcissement du membre inférieur.

Chez un individu atteint d'une luxation congéniale du fémur que j'ai autopsié à Nîmes, la région fessière éprouvait des modifications remarquables : la saillie du grand trochanter étant remontée, donnait à cette partie une forme saillante demi-élipsoïde, de sorte que même, à la première inspection, les apparences du bassin et ses contours sont fort disgracieux. En même temps le diamètre transversal du bassin est diminué au niveau des saillies trochantériennes d'une manière relative, et ces diamètres se trouvent beaucoup plus élevés qu'à l'état ordinaire. La direction du membre n'est pas moins propre à nous fournir quelques données séméiologiques. Tout le membre est tourné en dedans de manière que la face externe de la cuisse, du genou et du pied regarde en avant et la rotule en dedans; mais plusieurs auteurs ont observé une disposition inverse, c'est-à-dire le membre tourné en dehors. En lisant le travail de Palletta on voit que cet auteur célèbre était attentif dans ses observations.

De même que pendant la marche, le membre subit une série d'allongements, de raccourcissements, de même cette extrémité peut être allongée ou raccourcie, quand on examine un de ces infirmes placés sur un lit.

Alors, en exerçant de faibles tractions sur une jambe, on sent le membre descendre, et augmenter de longueur suivant le déplacement dont la tête du fémur est susceptible; et les malades sentent un bruit de claquement. En refoulant le membre vers le bassin, on voit bientôt le raccourcissement se reproduire. Ces manœuvres s'opèrent sans douleur, et les sujets les répètent eux-mêmes à tout instant; mais on a vu des malades accuser la douleur, quand la luxation se fait ou en avant sur la branche ascendante du pubis, ou en arrière dans l'échancrure sciatique. Ils peuvent en effet, à volonté, se rendre ordinairement la régularité apparente des membres, quand ils restent couchés sur le dos, mais la difformité se manifeste aussitôt qu'ils font le premier pas.

L'état général du sujet peut être très-satisfaisant; il peut jouir de la meilleure santé; cependant ils éprouvent quelquefois de la gêne et de la douleur à cause de la compression des nerfs accidentelle, déjà mentionnée. Dans la marche, il est à remarquer que la plupart des sujets ainsi mal conformés ont une constitution peu robuste, le teint jaunâtre, les chairs peu fermes, le corps grêle, et présentent souvent d'autres vices d'organisation dans leur système osseux, musculaire, etc. Les traces de ramollissement des os, (rachitisme) surtout ne sont pas rares à observer chez des individus de cette espèce, et les accoucheurs savent très-bien combien sont fréquentes les viciations du bassin chez les femmes atteintes de luxation congénitale de la hanche.

Disons, en terminant cet exposé des signes de cette luxation, que les personnes atteintes de cette infirmité, se portent bien et n'éprouvent qu'une simple incommodité, s'occupent assez rarement de la faire guérir, et qu'ils la considèrent comme incurable; voilà pourquoi sans doute le traitement a été purement palliatif jusqu'à ces dernières années.

L'exposé que nous venons de faire serait bien incomplet, si nous n'abordions le diagnostic différentiel de la luxation congénitale du fémur, d'avec d'autres maladies de la hanche quipeuvent la simuler plusoumoins. Parmi ces dernières nous croyons devoir parler de certaines, et rappeler simplement d'autres :

1° De la mal formation de l'articulation iléo-fémorale.

2° De la luxation traumatique accidentelle.

3° De la luxation consécutive à une coxalgie.

4° Enfin de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur un objet qui nous forcerait à dépasser de beaucoup les bornes ordinaires d'une dissertation. Seulement nous mentionnerons que la plupart des maladies qui ont avec la luxation congénitale plus ou moins de ressemblance, au premier coup d'œil, doivent être présentes à l'esprit d'un praticien, parce que, s'il venait à les confondre, il se méprendrait sur le véritable siége de la maladie, commettrait infailliblement une grave erreur dans le choix des méthodes et des moyens curatifs, tout autres que ceux qu'exige une simple infirmité.

Ces maladies sont la luxation spontanée coxo-fémorale produite par le rétrécissement rachitique de la cavité cotyloïde, et le gonflement simultané de la tête du fémur. Le diastasis des os des iles avec le sacrum, séparation des épiphises, déviations de l'épine franche, et simulée, abcès par congestion et froids, diverses lésions organiques et traumatiques des vertèbres, mylite, hydro-rachitis, hydro-céphalite décrits par Dugès, lésion et congestion du système nerveux cérébro-spinal, amenant une paralysie; (leçons de clinique du professeur Lallemand) sciatique, défaut des muscles, ou leur atrophie; brièveté des muscles psoas et iliaque et le psoïtis; direction transversale du col de fémur chez le vieillard; les diverses luxations autour des différents points de la cavité cotyloïde, signalés par MM. Gerdy et Sédillot; luxations simulées; abcès des muscles interne, iliaque, décrits par Dupuytren; rhumatisme articulaire et altération des fibro-cartilages de MM. Ruysch et Brodie; goutte et hydartrose (Barthez) des métastases; (Golfin) tissus anormaux divers, développés dans la région fessière, p. ex. fongus, cancer, carie, osteïtes, tubercules, fragilité des os; obliquité et les diverses autres malformations du bassin, luxation du sacrum; arrêt de développement d'un côté du corps, arrêt de développement complet ou incomplet des extrémités inférieures, et du bassin; ankylose, des anévrismes; des hernies des intestins, de la matrice; diverses maladies de la poitrine; des lypomes, des bubons, plusieurs maladies traumatiques, ou organiques de la cuisse, de la jambe, du pied, etc. 4

1° *Diagnostic différentiel de la luxation congénitale de la hanche, avec une malformation de cette même articulation.*

Sous le nom de malformation, on a désigné, je le sais, la luxation congénitale du fémur. Mais cette dénomination, adoptée seulement par quelques auteurs, n'est pas exacte, puisqu'il existe d'autres vices d'organisation de la hanche dans lesquels le fémur n'est pas sorti de son *acetabulum :* et, c'est de cette dernière mauvaise conformation dont je veux parler. Nous avons rapporté, à propos de la partie anatomo-pathologique de notre travail, un cas dont nous sommes redevables à la bonté du professeur Dubrueil. On y voit une véritable malformation ileo-fémorale ; la tête est aplatie, le col raccourci, et le cavité moins ample est environnée d'une capsule fibreuse plus spacieuse que celle du côté opposé. Un individu, porteur d'une semblable conformation, aura le membre plus court et par conséquent il inclinera le corps de ce côté pendant la marche, comme celui dont la hanche offre une luxation congénitale; mais chez ce dernier le raccourcissement du membre sera momentané, et sera suivi d'un allongement qui rendra au membre sa longueur normale; allongement facile à reproduire par un médecin. Un pareil caractère ne s'observe pas dans le vice de conformation dont j'ai parlé, et peut suffire au diagnostic de ces deux sortes de maladies. La malformation ne présente pas le trochanter beaucoup plus élevé que celui du côté sain; du moins l'ascension est bien plus considérable. Enfin, les mouvemens chez

celle-ci s'opèrent ordinairement dans la région iliaque externe, tandis que chez celle-là le jeu de l'articulation n'a pas changé de place. On peut ajouter encore que, dans la luxation, le bassin s'abaisse, en même temps que le fémur remonte, alors que le bassin reste immobile dans la malformation ; du reste on peut se servir, pour être plus sûr de son diagnostic, des explorations avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, du cruro-pelvimètre d'Humbert de Morlay, de l'intra-pelvimètre de madame Lachapelle, des liens; ou tout bonnement d'un mètre en baleine flexible, etc. Tels sont les caractères les plus propres à établir le diagnostic entre les deux maladies que nous venons de mettre en présence.

2° *Diagnostic différentiel de la luxation congéniale et de la luxation traumatique, ou accidentelle.*

Les antécédens, selon J.-L. Petit, serviront d'abord à éclairer le praticien d'une manière parfois tellement tranchée que la méprise sera impossible. Ainsi un individu, d'ailleurs bien conformé, fait une chute violente, et présente ensuite tous les symptômes d'une luxation du fémur ; la méprise est impossible. De même on apporte un sujet qui vous assure avoir la luxation depuis la naissance, ou on vous dit que ses parents boitaient ; vous en réconnaissez du reste tous les caractères ; l'erreur ne peut non plus avoir lieu ; lors même que le malade ne donnerait aucun renseignement, les traces, l'accident, la tuméfaction des parties, etc, suffiront pour lever les doutes, si l'accident avait eu lieu depuis peu de temps.

Quand la luxation accidentelle date de plusieurs mois ou que le sujet ne peut fournir les antécédents désirables, voici comment on parvient à la distinguer. La démarche d'un individu, atteint d'une luxation accidentelle dans la fosse iliaque externe depuis plusieurs mois, est bien différente de celle que donne une luxation congéniale. Chez le premier les mouvements du membre deplacé seront à-peu-près impossibles, et le sujet s'appuiera avec peine sur les orteils et même en supportant le poids du corps au moyen d'un bâton. Ce défaut de mobilité du membre dépend de ce que, le plus souvent, la tête fémorale a contracté des adhérences puissantes avec les élémens anatomiques de la région où elle est montée. Ces adhérences morbides empêchent aussi bien la tête de tourner sur elle-même, que d'exécuter des mouvements selon le sens vertical.

Nous avons vu au contraire que, pour la luxation congénitale, la démarche est fort caractéristique, et est tout opposée à celle dont nous venons de parler à propos de la luxation traumatique. Il s'en suit que le praticien, pas plus que le malade, ne peut généralement opérer l'allongement du fémur. Si la lésion existe depuis des années, on peut retrouver dans le membre luxé des mouvements qui n'éxistaient pas pendant les premiers mois. Dans cette circonstance les altérations pathologiques sont à peu près les mêmes pour les deux cas, comme nous l'ont appris les travaux du professeur Cruveilher, et ce que nous avons pu observer nous mêmes. Mais le trajet, situé entre l'ancienne cavité et la nouvelle, n'étant plus libre comme pour la maladie acci-

dentelle, à cause de l'immobilité prolongée de la tête fémorale dans la fosse iliaque, il s'ensuit que les déplacéments verticaux de la cuisse ne sont plus possibles. La démarche, quoique plus libre avec la condition d'une luxation ancienne, entraînera l'abaissement de tout le tronc aussi bien que du membre abdominal, et non le chevauchement du fémur sur la fosse iliaque que l'on voit dans la maladie congéniale.

Nous pouvons d'ailleurs rappeler qu'il est rare de ne pas pouvoir obtenir certains renseignement de la part du sujet, et savoir si la luxation est survenue après un accident traumatique très-violent. Enfin cette dernière n'éxiste généralement que d'un seul côté, tandis que le plus souvent la luxation congéniale se rencontre des deux côtés à la fois, parce qu'elle dépend de l'hérédité ou d'une cause beaucoup plus générale.

3° *Diagnostic différentiel de la luxation congéniale, de celle dite spontanée, ou consécutive à une coxalgie.*

On a cherché à faire croire que généralement le déplacement congénial était la suite d'une tumeur blanche, dont le fœtus aurait été atteint pendant la vie intra-utérine; mais rien dans ce que nous avons décrit, des caractères anatomo-pathologiques, ne vient appuyer une telle opinion, mais la combattre fortement. Aussi cette étiologie est-elle abandonnée. Puisque les luxations spontanées surviennent après la naissance et ordinairement plusieurs années après, les renseignemens, que le médecin pourra recueillir du malade ou des pa-

rents, serviront déjà à l'assurer que la lésion spontanée n'est pas congéniale.

Toutefois bien des circonstances sont propres à lui faire éviter toute erreur(1): des douleurs vives, prolongées se manifestent au genou correspondant, alors que souvent elles sont presque nulles à la hanche; un gonflement des parties molles de la fesse. Cette maladie a été précédée tantôt d'allongement, tantôt de raccourcissement, quand les extrémités articulaires sont détruites par la carie; dans d'autres cas de déplacement spontanée, et quand le sujet aura été traité pendant assez longtemps pour une coxalgie, on trouvera des traces de topiques divers qui vous l'annonceront à défaut de renseignemens suffisans. Enfin souvent vous verrez des abcès fistuleux, ou des cicatrices anciennes, conséquences d'une tumeur blanche fort avancée. Ce sont là tout autant de circonstances propres à la luxation spontanée, et capables d'établir un diagnostic certain. Dans celle-ci les mouvements ascentionnels sont impossibles, et le plus souvent la tête a contracté dans la fosse iliaque des adhérences complètes qui ne lui permettent plus aucun déplacement. Il y aura donc raccourcissement constant du membre, immobilité ou presque immobilité. La démarche du sujet, l'abaissement de toute la moitié correspondante du corps, la difficulté de s'appuyer sur la plante du pied, la nécessité de s'aider d'un bâton, forment aussi une ensemble de caractères qui, joints aux

---

(1) Dzondi, Mémoire de l'Académie, etc.

signes commémoratifs, suffisent à distinguer les deux maladies dont nous parlons.

La luxatiou spontanée se fait en divers points; mais le plus souvent sur la fosse iliaque comme le déplacement congénial. Voilà pourquoi dans les différens parallèles auxquels nous nous sommes livrés, nous avons eu toujours en vue cette sorte de déplacement. Toutefois la luxation spontanée se présente sur d'autres points du bassin bien plus fréquemment que celle du fœtus.

4° *Diagnostic différentiel de la luxation congéniale, et de la fracture du col du fémur.*

Ainsi que nous l'avons dit pour la luxation spontanée, les antécédens devront être ici aussi interrogés et pourront fournir des données précieuses pour le diagnostic.

Si la fracture du col fémoral vient d'avoir lieu ou existe depuis peu de jours, indépendamment de la connaissance de l'accident, le praticien sentira parfois la crépitation; alors il n'y a pas sujet à erreur. (1) En supposant l'individu incapable de donner à l'homme de l'art les renseignements nécessaires, et que la fracture date de plusieurs semaines, il sera facile de réconnaître cette dernière. D'abord les mouvemens seront impossibles dans le membre que le malade ne pourra mouvoir qu'avec la plus grande peine, étant couché horizontalement. Si l'ascension et l'abaissement du fémur ont lieu dans l'une et l'autre lésion, elle sera plus diffi-

---

(1) Astley Cooper, thèse de notre compatriote docteur Jezierski, Vidal (de cassis) etc.

cile, douloureuse, incomplète pour la fracture qui permettra de percevoir le frottement des bouts du col fémoral divisé.

Quand la fracture date depuis plusieurs mois, la marche est toujours fort laborieuse, et le sujet est obligé de se soutenir sur une canne; mais elle n'est pas nécessaire aux individus qui ont une fracture intra-capsulaire, ou du col du fémur, ovalaire, sans rupture du périoste extérieur et récent. Notons que Astley Cooper a poussé plus loin les investigations, en disant que les individus qui ont la fracture de la tête fémorale, peuvent marcher sans danger et sans claudication, dès les premiers jours de l'accident, ou quelques jours après.

Le membre est constamment raccourci, et les adhérences que la portion inférieure du col fémoral a contractées dans son déplacement, ne lui permettent plus de s'abaisser et même d'exécuter de légers déplacements latéraux, à cause d'ankylose.

En résumé, nous venons de supposer un ensemble de circonstances difficiles à rencontrer. Il n'est pas probable en effet qu'un individu ne puisse vous apprendre qu'il a fait une chute depuis plus ou moins longtemps; que depuis lors il est atteint de la claudication, et qu'avant il jouissait de la régularité parfaite, et de la liberté entière des membres abdominaux. Il vous parlera certainement d'une coxalgie dont la durée prolongée, l'intensité, ont été suffisantes pour déterminer le déplacement de la tête fémorale. Nous pouvons en dire autant, touchant la luxation traumatique accidentelle, et

dans tous ces cas, l'erreur que nous cherchons à combattre devient presque impossible.

CHAPITRE TROISIÈME.

Traitement des luxations congénitales du fémur sur l'os des iles.

« La meilleure Science n'est jamais celle d'un seul,
« mais de tous convenablement appréciée. »
[Guerin, grand prix de chirurg., 21 août 1837].

Pendant longtemps la maladie, dont nous parlons, a été considérée comme au-dessus des ressources de l'art, et comme une infirmité irrémédiable; aussi l'on a fait peu de tentatives pour obtenir *aucune* guérison que l'on considére comme impossible. Toutefois le professeur Baumes, rattachant la claudication congéniale à l'action du vice scrofuleux, dans son mémoire inséré parmi les annales cliniques de Montpellier, Portal, Salmad, et Baumes, dis-je, pensèrent devoir proposer un traitement général dirigé contre le principe morbifique.

Malgré la justesse apparente de cette indication, la méthode des ces habiles praticiens n'a pas procuré de grands avantages, et nous pensons qu'elle est en effet trop peu active. On en fut à ces notions, si faibles de thérapeutique pendant plusieurs années. Cependant cette difformité contrariait souvent des personnes d'ailleurs bien conformées et qui cherchaient en elles-mêmes et dans les efforts de leur imagination à corriger cette aberration de la nature.

Le sexe surtout a pu fournir, le premier, certaines données thérapeutiques. En faisant agir fortement les muscles pelviens, les personnes aussi maléficiées ont pallié leurs difformités, et tous les jours nous voyons qu'il en est ainsi dans le monde. Cette exagération musculaire, appelée à diminuer l'ascension de la tête fémorale n'a pas sans doute produit un résultat curatif; mais elle a du moins diminué et presque annulé ce que ce chevauchement avait de disgracieux pendant la marche. On n'a pas tardé à reconnaître ces effets, on n'a pas non plus manqué de remarquer combien cette contraction musculaire avait de puissance pour masquer la claudication congéniale durant la course où elle prend sa plus grande énergie, quoique franchement, on n'ait pas compris le mécanisme des mouvemens lesquels s'exécutent pendant la course dans laplus grand partie des cas (des luxations surnommées incomplètes) dans une cavité peu profonde recevant une petite tête, et qui n'est point retenue par la tonicité des fibres musculaires, qui sont comme nous demontrâmes plus haut pales et lardacées.

De ces remarques, il en est résulté une méthode thérapeutique bientôt mise en pratique par d'habiles médecins. Dupuytren surtout chercha à donner à cette méthode une grande importance. Il prétendait à son aide non seulement pallier une difformité si désagréable pour le sexe, mais encore obtenir une diminution réelle et presque une guérison.

Le docteur Pravaz donna de l'importance à cette méthode et par ses écrits et par ses exemples ; il con-

seilla aux individus atteints de luxation congéniale l'exercice militaire, tiré de la gymnastique, (connus déjà des Arabes (1), ouvrage fait par le colonel Amorose), et reconnaît avoir retiré des ces exercices répétés pendant longtemps des avantages précieux. Mais ces praticiens distingués n'ont pas cependant promis une guérison complète à la faveur de cette méthode : l'expérience les a bientôt désabusés, soit pour aider à l'action musculaire, soit qu'il eut moins de confiance dans la Somacétique.

Dupuytren chercha des effets plus durables par l'usage d'une ceinture en acier, armée de deux goussets résistants disposés de manière à retenir l'extrémité supérieure des fémurs. Cette ceinture, vantée d'abord avec toute l'habilité parisienne, ne produisit pas les bons effets qu'il s'en était promis. L'usage du bain froid, propre à donner du ton au système musculaire, ne procura pas des meilleurs résultats, et la thérapeutique en était là de ces essais curateurs.

En 1825, une ère nouvelle s'ouvrit pour le traitement des claudications congéniales : il était réservé au docteur Humbert de Morlay de doter la science d'une importante acquisition. Jusqu'alors l'on avait pensé que la cavité cotyloïde normale se trouvait réduite à rien ou était presque effacée, en dépit de ce qu'avaient appris les profonds travaux de Palletta. Revenant sur ces dispositions organiques de la hanche en ce cas, l'orthopédiste

---

(1) Lisez Littré.

de Morlay, après MM. Lafond, Duval, Mayor, remarqua l'existence constante de la cavité cotyloïde première, et la faculté avec laquelle la tête fémorale venait s'y placer. Dès-lors il conçut l'idée de ramener le fémur dans ses rapports primitifs, et de reproduire en quelque sorte l'ancienne articulation. Une telle idée eut paru irrationelle, si elle n'avait été appuyée des résultats de l'observation et de guérison authentique. Le docteur de Morlay s'occupa donc de procurer la solidité de son opinion, en soumettant plusieurs malades à l'action des lits orthopédiques propres à ramener la tête du fémur dans la cavité cotyloïde normale, et à l'y maintenir pendant tout le temps nécessaire au rétablissement d'une capsule et des muscles selon leur disposition convenable. Bientôt il pu présenter ses idés et les résultats heureux de ses tentatives à l'académie royale des sciences qui décerna à son travail le prix Monthyon. Plusieurs cas de guérison sont rapportés dans le mémoire du docteur Humbert, mais l'académie récompensa peut-être davantage la méthode thérapeutique nouvelle que l'inventeur faisait connaître, plutôt que les succès invoqués par ce dernier.

L'ouvrage de l'orthopédiste de Morlay ne resta pas sans critique. Le docteur Pravaz soutint publiquement qu'il ne croyait pas à la médecine la puissance de façonner des condyles, ni de creuser des cavités, et chercha à prouver l'impossibilité des succès annoncés par M. Humbert.

Le docteur Guérin et Breschet, sans être aussi exclu-

sifs, pensèrent que les réductions publiées par le collègue de Morlay, n'avait pas eu lieu, et que la tête fémorale avait été seulement portée soit dans l'échancrure sacro sciatique, soit dans le trou sous pubien. Ces assertions furent même appuyées de l'examen de deux malades traités par M. Humbert lui-même.

L'académie de médecine fut bientôt occupée de cette question. Les cures de ce dernier médecin furent mises toutes en doute et cependant l'on s'accorda à ne point nier la possibilité de réduire les luxations congéniales. Ces discussions appelèrent de nouvelles tentatives, et de nouvaux travaux, et l'on vit paraître une foule de mémoires sur cette matière, faits par MM. Breschet, Capuron, Marjolin, Roux, Bouvier, Joffre, Maisonabe, Bilonier, Velpeau, Diday, Rendu, Mercier, Longstoffs, North, etc.

Parmi les écrivains qui se sont opposés à la méthode du docteur Humbert nous remarquerons, M. Joffre, docteur en médecine à Villeneuve de Berg (Ardèche), non que son travail, inséré dans le journal des connaissances médico-chirurgicales, annonce un praticien et un homme compétent, mais parce qu'il a rassemblé toutes les objections élevées contre le traitement de l'orthopédiste de Morlay. Cet auteur semble surtout faire un crime au docteur Pravaz de ce que, s'étant formellement prononcé contre la réduction, il en soit devenu ensuite un des plus zelés défenseurs. Pour nous, nous ne voyons dans la conduite du savant médecin de Lyon que celle d'un homme consciencieux et progressif, qui s'est dit,

sans doute, ce que les fortes intelligences répètent avec Delpech : *Quand la science marche, il faut bien la suivre.*

Les dangers reprochés à la réduction seraient fondés, si elle était opérée brusquement, comme on le fait pour une luxation récente et traumatique; mais lorsque la réduction a lieu, après plusieurs mois de manœuvres continues, douces, prolongées et indolores, qu'on se sert du dynamomètre dans les tractions, et quand les malades n'éprouvent aucun accident pendant tout le traitement de près d'une année de durée, parfois on ne peut, ce nous semble, faire une objection sérieuse à la méthode de M. Humbert modifiée, de dangers purement imaginaires. Le reproche devrait plutôt porter sur la longueur même des tractions et de la cure. Mais un travail organique de plusieurs années, d'après Monreau, ne saurait être détruit en quelques jours; car ici, comme dans toutes les maladies, le traitement est ordinairement beaucoup plus long que le cours de la maladie elle-même.

La réduction des luxations congéniales de la hanche devrait trouver une opposition sérieuse dans la négation que l'on a faite des succès qu'elle a, dit-on, procurés. Si parmi les faits, invoqués par le docteur Humbert, plusieurs n'ont pas été complétement favorables à ses assertions, si chez tous les malades, la réduction ne s'est point effectuée dans la cavité cotyloïde primitive, on ne saurait nier plusieurs autres cas de guérison, telle que l'entendait l'orthopédiste de Morlay. Les faits de ce genre seraient-ils en fort petit nombre, ils formeraient

un argument suffisant en faveur de la méthode de réduction.

Mais la réduction est si bien possible, son usage a des avantages si incontestables, que des hommes du plus haut mérite, qui l'avaient d'abord combattue, ont fini par l'adopter pour la mettre en pratique.

Le docteur Pravaz est de ce nombre; il a soumis à l'action des ses lits orthopédiques plusieurs jeunes personnes dont il a obtenu la guérison. La plus remarquable est sans contredit celle d'une jeune demoiselle, qui avait été déclarée incurable par les praticiens les plus habiles de la Capitale, de Montpellier, et de la plupart des grandes villes de France.

L'existence d'une double luxation congéniale fut d'abord constatée par une commission de la société de médecine de Lyon. La jeune personne fut soumise à l'extension prolongée, et au bout de huit mois la réduction complète fut obtenue sur un côté; ce premier succès fut de nouveau vérifié par les mêmes membres de la commission médicale. Le second membre fut en suite soumis aux mêmes manœuvres dont le docteur Polinière (1) a donné les détails; et si nous en croyons ce que le docteur Alquié, professeur agrégé de notre école, nous a dit avoir constaté avec les praticiens les plus distingués de Lyon, la réduction de la seconde luxation était aussi opérée; seulement la jeune malade éprouvait

(1) Rapport fait à la société de médecine de Lyon au nom d'une commission, etc., lu dans la séance du 13 mai 1839.

une vive sensibilité dans le talon correspondant, et à l'occasion de la moindre secousse. Le traitement de cette seconde luxation datait, il est vrai, de moins de temps qu'il en avait fallu pour obtenir la guérison complète de la hanche opposée, où se montrèrent les mêmes phénomènes bientôt appaisés.

En présence des faits de ce genre que peuvent toutes les objections de la théorie ? Les écrivains le plus réfractaires ne sont-ils pas forcés de se rendre ?

Déjà M. Joffre lui-même a vu guérir par les soins du docteur Pravaz, un malade qu'il avait déclaré incurable, et tout annonce une guérison complète et bien brillante dans la personne dont nous venons de parler.

La méthode de Humbert, préconisée par MM. Duval et Lafond, n'est donc pas à regretter? On me dira, sans doute, que les antagonistes de la réduction se sont élevés contre la manière d'agir de son inventeur qui réduisait brusquement et en peu de temps, tandis que celle dont on fait usage maintenant est toute différente puisqu'elle agit lentement, sans violence et pendant plusieurs mois?

Nous répondons que l'objection avait eu, surtout pour but, de prouver que toute espèce de réduction était dangereuse, nuisible et impossible. L'impossibilité, dont on voulait frapper une méthode thérapeutique, a donc été combattue victorieusement par l'expérience. Nous reconnaissons toutefois que la méthode, par extension continue du docteur Pravaz, l'emporte sur celle de M. Humbert, et qu'elle doit seule être adop-

tée maintenant; mais on est forcé d'avouer que les luxations congéniales ne sont plus incurables, puisque l'on a trouvé une méthode thérapeutique rationnelle, et sanctionnée par l'expérience.

Toutefois cette méthode n'est du reste, à notre avis, applicable à tous les âges, et l'observation a prouvé qu'elle n'avait pas de grandes chances de succès après la dix-huitième ou vingtième année, quoique nous n'ignorions pas que M. Humbert de Morlay les emploie aussi au-delà de ce terme et aux luxations d'autre nature : qu'elle est avantageuse seulement aux luxations en haut et en dehors (1) et incomplète au pourtour de la cavité cotyloïde, ayant lieu dans le sein de la mère, et guéries avant la parturition : ou survenues pendant cette fonction par des manœuvres peu méthodiques de l'emploi des crochets, des liens, et de la version podalique, signalées par les MM. Delmas, professeurs d'accouchement, lesquels conseillaient, pour les éviter surtout dans la version, de tirer par deux jambes à la fois le père, et par une le fils; dans le sens d'adduction et flexion à la fois, et non dans l'extension et l'abduction, malheureusement pratique journalière des matrones, etc.

Les personnes âgées, qui sont atteintes des deux côtés à la fois, pour pallier leurs infirmités doivent seulement marcher sur un sol uni, pour se préserver des douleurs qui suivent l'ascension de la tête fémorale, quand elle se porte sur des trajets sus-indiqués des nerfs

(1) M. Estor, leçons orales; Simon et Olivier d'Angers.

cruraux et sciatiques, en rapprochant fortement les deux condyles internes, l'un contre l'autre, de la cuisse, et exécutant les mouvements d'ambulation par l'action simple de l'articulation du genou, ou autrement de la cuisse sur la jambe, et de la jambe sur le pied. Enfin nous notons que les mères ou celles qui veulent le devenir, sans courir la chance des graves opérations, doivent observer la stricte conduite exposée dans les traités de l'hygiène et de l'accouchement, avant, et pendant la gestation. Les parents demanderont l'avis des médecins sur l'union des êtres mal conformés en se rappellant que ce n'est point en naissant que l'homme, comme l'ont dit les philosophes, qui voit commencer la série des maux qui affligent son espèce; il paraît prouvé aujourd'hui que la source en remonte encore plus loin; (1) « elle commence avec l'organisation, dont elle est la conséquence, sinon nécessaire du moins possible; les annales de l'art offrent un assez grand nombre de preuves qui attestent que l'enfant, pendant la vie intra-utérine, a éprouvé des affections dont il n'apporte que trop souvent en naissant les funestes résultats. » Triste hérédité! qui mériterait une attention toute spéciale des législateurs. De plus n'oublions pas de dire définitivement que, pendant tout la durée du traitement orthopédique, on doit mettre en usage un régime analeptique, et toutes les ressources de l'hygiène. Dans les cas de complication ou d'une lésion organique évidente,

(1) Billard; traité des maladies des enfans, 1828.

il faut les traiter par des médicaments appropriés et communs aux diverses dyathèses, curation dont nous ne pouvons pas nous occuper, pas plus que de l'exposé des divers procédés mécaniques, vantés avec raison par MM. Humbert et Pravaz, pour le traitement de la luxation congéniale simple ou double. Traitement que le dernier orthopédiste résume dans la formule suivante : « 1° modifier profondément la constitution générale du sujets; 2° ramener les parties du système osseux à leur disposition *presque* normale, par l'emploi temporaire et gradué d'une force prise hors de l'organisme ; 3° les maintenir dans cet état par le développement régulier et la corroboration du système musculaire, par l'emploi de l'exercice gymnastique, des douches et d'électro-magnétisme. (1)

—

SCIENCES ACCESSOIRES.

De la nutrition des plantes et spécialement du rôle que les racines jouent dans l'accomplissement de cette fonction.

La nutrition des végétaux est le résultat d'une série d'actes physiologiques exercés par les diverses parties de la plante. Tout dans ces êtres organisés concourt à cette importante fonction; la feuille puise dans l'atmosphère des gaz propres à fournir au végétaux des matériaux de son accroissement; la partie inférieure des limbes de la feuille est plus spécialement destinée à ce travail. L'action des feuilles est non-seulement importante par elle-même et le tronc de la plante, mais

(1) Pravaz, mémoire sur la Somacétique.

encore elle influence les fonctions des racines qui sont singulièrement affaiblies par la chute ou la destruction des feuilles.

La surface de la tige sert aussi à fournir des matériaux à la nutrition; l'épiderme est pourvu d'ouvertures appelées stomates, aboutissant aux trachées, par ces ouvertures : elles absorbent l'air qui est en suite décomposé par le végétal qui, sous l'influence solaire, prend le carbone, rejette l'oxigène. Le contraire a lieu, quand elles sont soustraites à l'action de la lumière. On sait que les végétaux, privés de l'influence du soleil, s'étiolent. Donc le carbone constitue un des matériaux de la nutrition des végétaux, etc.

L'hiver contribue aussi à cette fonction en laissant circuler la sève dans les canaux propres. Les racines tirent du sol, dans lequel elles plongent, divers principes de nutrition dont l'eau est le véhicule et nullement l'origine comme on le pensait naguère. Les spongioles des extrémités du chevelu radiculaire reprend, par une véritable succion, des phosphates, des carbonates de chaux, etc. Cette succion a été mise hors de doute par les expériences de Hales et du professeur Mirbel. Mais cette action est aussi sous la dépendance de la vie; car elle ne s'exerce bientôt plus dans une plante privée de vie. Tout le monde connaît l'expérience suivante : si l'on plonge un navet, la tige en haut et la radicule en bas, il donne tous les signes de vie et de développement; mais si on le submerge dans le sens contraire, il ne croîtra pas. Il est certaines plantes grasses dont les racines jouissent de cette fonction à un très-faible degré,

telles sont les palmiers et les conifères ; p. ex. Balanie, et le magnifique cierge du Pérou (cactus peruvianus) : qui implantés sur un sol aride ne pourraient y trouver les matériaux nécessaires à leur nourriture que du reste leurs faibles racines ne pourraient guère saisir. Aussi la surface de leur tige et de leurs feuilles est-elle fort étendue, très-poreuse et pourvue d'un grand nombre de bouches absorbantes, qui puisent dans l'atmosphère presque tous les élemens de la nutrition. Il existe des racines, des plantes herbacées, dont la tige faible et grèle meurt chaque année, tandis que les racines fort longues et très-fortes persistent, et sont seules chargées de continuer la vie du végétal ; p. ex. la réglisse, arrête-bœuf, (ononis arvensis).

Les racines contribuent donc à la nutrition de la plante, en prenant une partie seulement des matériaux nécessaires à la formation de la sève ou du liquide réparateur.

—

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des muscles qui servent à la dilatation de la poitrine.

Nous pouvons répondre à cette question que tous les muscles qui s'insèrent au thorax servent plus ou moins à cette dilatation ; car peu d'entr'eux ont pour effet principal de fixer le thorax à ses extrémités afin de permettre la dilatation des côtes. La plupart contribuent à l'agrandissement du thorax, soit en étendant ces arcs osseux, soit en augmentant la capacité pectorale. Notre but n'est point d'apprécier avec minutie le degré

d'importance de chacun de ces nombreux muscles dans l'acte de la respiration. Un pareil examen ferait dépasser à notre dissertation les bornes, que nous nous sommes imposées. Nous croyons toutefois avoir à peu-près répondu à la demande qu'on nous a faite, en disant que tous les muscles, qui prennent une ou plusieurs insertions sur la cage osseuse du thorax, contribuent plus ou moins à l'acte respiratoire.

—

SCIENCES MEDICALES.

Des symptômes de l'Hypochondrie.

Les symptômes de l'hypochondrie sont fort variables; tantôt à peine sensibles pour le médecin, et les personnes qui connaissent le sujet, ils font désigner ce dernier, sous le nom d'esprit lunatique, singulier, original. D'autres fois, le malade est plongé dans un état d'affaissement profond, et est en proie à tous les phénomènes d'une lésion organique des plus graves.

Aussi les caractères de cette affection sont-ils souvent fugaces, incertains, et ne paraissant mériter aucune attention. Ces symptômes ont pour point de départ le système nerveux cérébro-spinal, d'autres fois l'appareil respiratoire et circulatoire, fort souvent aussi les viscères abdominaux et les organes générateurs, en paraissent le siége plus ou moins exclusif. On sent que chacun de ces cas doit apporter à l'hypochondrie des modifications sérieuses, et lui donner une aspect fort mobile.

Ordinairement les troubles du système cérébro-spinal entrent à divers degrés, dans le cours de l'affection hypo-

chondriaque, ils font éprouver des vertiges, des éblouissements, des pésanteurs de tête, des insomnies, des palpitations sans motifs, de tremblements, de la constipation, surtout après des études sérieuses. Tous les sujets hypochondriaques ont les facultés cérébrales plus ou moins dérangées, mais plusieurs se plaignent de troubles dans la fonction digestive; alors un des principaux organes, est le point constant ou variable sur lequel leur contention d'esprit est fixée; tantôt ils sont jaloux et se croient trompés par tout le monde. Tantôt les souffrances sont mobiles, passagères, variables : le sujet se plaint du dos, demain du foie, un autre jour de l'estomac ; ils éprouvent des cauchemars, et des rêves erotiques, etc. Ces douleurs durent parfois quelques heures et se traduisent par de la céphalalgie, des palpitations, des congestions céphaliques, des troubles circulatoires, des abaissements ou des accroissements de chaleur, des pollutions diurnes et nocturnes d'après notre professeur Lallemand, de pertes blanches selon Dubois, Esquirol, Mme Lachapelle, etc. A la suite de ces accès prolongés et répétés, le moral de l'individu s'affaiblit, se dérange, il se croit souvent impuissant ou l'est réellement ; le dégoût de la vie s'en empare et il voit sans cesse, comme le terme de ses souffrances, la mort qu'il tente souvent de se donner.

Les symptômes variables, inconstans sont, sans doute, la conséquence de lésions organiques peu probables et fort incertaines : mais ceux qui se rattachent constamment à la même partie du corps qui ont assez de ressemblance dans leur retour, et dans leur durée, sont

ordinairement la suite d'altérations matérielles chroniques et rébelles aux divers traitements.

C'est là, nous le pensons, la cause probable de beaucoup de cas d'hypochondrie. Une maladie, une infirmité opiniâtre, vainement combattue par des traitements prolongés, est en effet bien capable de plonger un homme dans la tristesse et la mélancolie.

Les symptômes de l'hypochondrie offrent souvent de caractères intermittents, à intervalle des accès fort variables qui ne marquent pas aucun dérangement dans la santé, souvent très-florissante.

Le temps que dure cette maladie est toujours considérable et fréquemment des guérisons supposées ne sont que des rémissions plus longues que d'ordinaire; le malade reste en effet éminemment impressionnable, et susceptible de retomber dans son premier état à la moindre contrariété, ou à la plus légère cause occasionelle. Quand l'hypochondrie est continue, elle altère les fonctions, vicie la digestion, la nutrition, blase l'acte vénérien, et entraîne le marasme.

Alors il se développe souvent une petite fièvre qui amène des désordres graves, parfois consécutifs au début de la maladie. Mais souvent dépendant d'altérations organiques anciennes, d'un des principaux visères céphalo-rachidiens, thorachiques, splanchniques du ventre, gestateur ou excitateur, qui finissent par emporter le malade.

FIN.